

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
Общая анестезия (наркоз)

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт, _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне стоматологического вмешательства с использованием следующих методик и манипуляций общей анестезии (наркоза): _____

Настоящим свидетельствую о том, что врач ООО «ЦКС «Аврора» тщательно побеседовал со мной, изучил анамнез, обследовал меня, назначил перечень необходимых анализов для проведения общей анестезии (наркоза).

Я проинформирован(а) о риске общей анестезии (наркоза) и возможных осложнениях, возникающих в ходе общей анестезии и в посленаркозном периоде: склонность к гипотензии, вегето-сосудистые нарушения, головокружение, тошнота, икота, кашель, гиперемия лица, тремор, рвота при попадании крови в желудок, различные аллергические проявления и др. При добавлении в ходе вмешательства местной инфильтрационной или проводниковой анестезии могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность анестезиологического вмешательства не может быть определена. Также для более ранней реадaptации пациента к внешней среде может понадобиться восстановительная и корригирующая терапия, которая соответственно может увеличить время общей анестезии. Также возможно воспаление сосудистой стенки вены (флебит) после внутривенной инфузии лекарственных препаратов, болезненность в области нижнечелюстного сустава, подвывих его, боль в горле при глотании, кровотечение, различные аллергические реакции на используемые лекарственные препараты и т.д.

Я информирован(а) об особенностях течения общей анестезии и посленаркозного периода, возможности развития осложнений. Я информирован(а) о необходимости обязательного сопровождения меня/пациента после разрешения врача-анестезиолога-реаниматолога покинуть лечебное учреждение. О возможных осложнениях и своеобразных особенностях течения посленаркозного периода я обязан(а) проинформировать доктора, проводившего общую анестезию.

Я информирован(а) о том, что в определенные моменты анестезиологического обеспечения, я, возможно, иногда буду находиться в частично сохраненном сознании, слышать и выполнять необходимые команды лечащего врача. Это крайне необходимо для лечения и способствует наиболее эффективному конечному результату стоматологического вмешательства. Я информирован(а) о том, что практическая анестезиология не является точной наукой, и не может быть дано никаких гарантий на результат лечения и исход общей анестезии.

Я информирован(а) о том, что курение, прием алкоголя, наркотических, токсических и других сильнодействующих средств, в том числе анальгетиков, антидепрессантов, транквилизаторов и психостимуляторов накануне, а употребление пищи и воды — непосредственно за 4 часа перед анестезиологическим пособием могут серьезно повлиять на течение общей анестезии и привести к серьезным осложнениям. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям врача по поведению в послеоперационном периоде и на протяжении следующих суток после анестезиологического вмешательства, строго выполнять все предписания и назначения.

Я согласен (согласна) на вариант анестезиологического пособия и комплекс мер по необходимой восстановительной терапии, проведенной в течение вмешательства и посленаркозном периоде по выбору лечащего врача. Я согласен (согласна) не управлять автомобилем и не работать с другими опасными для жизни механизмами и аппаратами, по меньшей мере, в ближайшие 24 часа, не употреблять алкоголь, сильнодействующие медикаментозные и другие средства в течение 12 часов, не курить, воздержаться от приема жидкости и пищи в течение 4-х часов, до полного восстановления моего состояния после проведения анестезиологического пособия.

Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____